

**Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala
dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
w Bolesławcu**

**WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NA ZEWNĄTRZ SZPITALA**

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko lub Nazwa podmiotu uprawnionego:

Adres zamieszkania/siedziby.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr telefonu kontaktowego.....

W wypadku składnia podmiotów uprawnionych prosimy wpisać NIP w miejscu nr PESEL

2. Dokumentacja medyczna dotyczy¹

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania:

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, historia choroby – w poradniach, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań - podać jakich, zdjęcie rentgenowskie, inne)

4. Wnioskuję o (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu ☒)

- ☐ Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem
- ☐ Wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 w siedzibie Szpitala.
- ☐ Sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej.
- ☐ Sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej.
- ☐ Wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu(tylko dla uprawnionych podmiotów).

5. Dokumentacja wymieniona w pkt 4 (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu. ☒)

- ☐ zostanie odebrana osobiście;
- ☐ proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres jak w pkt. 1

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 26 i 27 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów art. 28 w/w Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
data i podpis wnioskodawcy

Potwierdzam uprawnienie wnioskującego do uzyskania dokumentacji medycznej

.....
data i podpis Kierownika Sekcji Statystyki,
Rozliczeń i Dokumentacji Medycznej/Archiwisty

Zezwalam na udostępnienie wyżej wymienionych dokumentacji medycznej

.....
(data i podpis Dyrektora/Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa)

¹ Wypełnić w wypadku gdy wnioskodawca wnioskuję o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia organu

Wydano:

.....
(data wydania dokumentu)

1. Tożsamość osoby obierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie :

.....nr

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokościzastron dokumentacji medycznej.

3. Wystawiono fakturę nr.....z dnia.....

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

Wysłano listem poleconym nr nadawczy..... dnia.....

.....
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)